

Desafios e soluções pela perspectiva anestésica na rinectomia total: relato de caso

Challenges and solutions from the anesthetic perspective in total rhinectomy: case report

Klysmeynny Rosa Pasolini¹, Sandro Faria Xavier²

RESUMO

A rinectomia total, embora rara na prática cirúrgica, representa um grande desafio para o anestesista, especialmente na abordagem da via aérea para ventilação e intubação orotraqueal (IOT). Este relato de caso descreve os desafios e soluções adotadas em nosso serviço para realizar o procedimento, destacando alternativas quando o broncofibroscópio, padrão-ouro para IOT, não está disponível. O paciente foi avaliado previamente, apresentando lesão nasal avançada que dificultava o acoplamento da máscara para ventilação, além de classificação Mallampati III e extensão cervical limitada, comprometendo o manejo da via aérea. Foi elaborado um fluxograma para a abordagem anestésica, que inclui pré-oxigenação após curativo oclusivo na região nasal. Para a intubação, estavam disponíveis videolaringoscópio, Bougie e, como último recurso, material para traqueostomia, com equipe cirúrgica de cabeça e pescoço pronta para atuar em caso de falha na ventilação ou impossibilidade de IOT. Após posicionamento adequado com coxim interescapular e occipital e 10 minutos de pré-oxigenação, foi realizada indução anestésica, ventilação eficaz com cânula de Guedel, laringoscopia direta e intubação com auxílio do Bougie, sem intercorrências. Apesar de a rinectomia ser pouco discutida, este relato ressalta a importância de medidas simples como posicionamento, pré-oxigenação, uso de dispositivos que otimizem a ventilação e a existência de um protocolo claro, incluindo desde técnicas menos invasivas até a traqueostomia, em colaboração com a equipe cirúrgica.

Palavras-chave: Neoplasias Nasais; Rinectomia Total; Anestesia; Manuseio Das Vias Aéreas; Relato De Caso.

¹ Universidade Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

² Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha, Espírito Santo, Brasil.

Editor Associado:

Yerkes Pereira e Silva

Orizonti, Instituto Oncomed de Saúde e Longevidade.

Belo Horizonte/MG, Brazil.

Autor Correspondente:

Klysmeynny Rosa Pasolini

Hospital Evangélico de Vila Velha, Espírito Santo, Brazil.

E-mail: : klysmeynny@gmail.com

Fontes Apoiadoras:

Não houve fontes apoiadoras

Conflito de Interesses:

Os autores declaram não ter conflitos de interesse

Comitê de Ética:

Número do Parecer:
87182225.9.0000.5066

ABSTRACT

Total rhinectomy, although rare in surgical practice, presents a significant challenge for the anesthesiologist, especially regarding airway management for ventilation and orotracheal intubation (OTI). This case report describes the challenges and solutions adopted in our service to perform the procedure, highlighting alternatives when the bronchoscope, the gold standard for OTI, is unavailable. The patient was preoperatively evaluated, presenting advanced nasal lesions that hindered mask fit for ventilation, along with a Mallampati III classification and limited cervical extension, compromising airway management. An anesthetic approach flowchart was developed, including pre-oxygenation after applying an occlusive dressing to the nasal area. For intubation, a videolaryngoscope, Bougie, and, as a last resort, tracheostomy equipment were available, with a head and neck surgical team on standby in case of ventilation failure or impossible OTI. After proper positioning with interscapular and occipital cushions and 10 minutes of pre-oxygenation, anesthetic induction was performed, effective ventilation with a Guedel airway, direct laryngoscopy, and intubation assisted by the Bougie were completed without complications. Although rhinectomy is rarely discussed, this report emphasizes the importance of simple measures such as positioning, pre-oxygenation, the use of devices that optimize ventilation, and the presence of a clear protocol that ranges from less invasive techniques to tracheostomy, in collaboration with the surgical team.

Keywords: Nasal Neoplasms; Total Rhinectomy; Anesthesia; Airway Management; Case Report.

Recebido em: 21 Julho 2025

Approved on: 2 Novembro 2025

Data de Publicação: 09 Abril 2026.

DOI: 10.5935/2238-3182.2026e36402

INTRODUÇÃO

A anestesia em cirurgias de tumores faciais requer considerações cuidadosas, especialmente em relação ao manejo da via aérea e à escolha do tipo de anestesia. Seu manejo é crítico, devido à potencial dificuldade em ventilação, gerada pelo tamanho e pela localização do tumor, e de intubação, causada pelas limitações anatômicas dos pacientes. A rinectomia total é um procedimento incomum para tratamento de neoplasias nasais¹, sendo geralmente indicada para tumores localmente avançados. Por isso, são poucos os relatos de caso disponíveis na literatura científica que abordam as possibilidades para acessar e manter patente essa via aérea e que, ao mesmo tempo, evidenciem a melhor estratégia anestésica. Este relato de caso busca, portanto, expor os desafios e as soluções encontradas para o melhor acesso à via aérea, com a ausência de broncofibroscópio, e a escolha da anestesia venosa total, considerando a cirurgia proposta.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O paciente forneceu o consentimento verbal e por escrito para este relato de caso, incluindo a utilização de Rev Med Minas Gerais 2026; 36: e-36402

dados laboratoriais e de suas imagens. Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê Institucional de Ética em Pesquisa (CAAE 87182225.9.0000.5066).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 63 anos de idade, hipertenso, tabagista compulsivo, 50 kg, 1,50 m de altura, foi submetido a uma reabordagem cirúrgica pela equipe de cabeça e pescoço, em decorrência de um carcinoma de células escamosas. Em fevereiro de 2024, ele foi submetido a uma cirurgia plástica para realização de uma ressecção da extremidade nasal com reconstrução. Em outubro do mesmo ano, o seguimento ambulatorial identificou recidiva e progressão para estruturas ósseas, sendo encaminhado à equipe de cabeça e pescoço.

Na ocasião, o paciente apresentava destruição completa da pirâmide nasal, com lesão ulcerada, medindo 2,4 x 3,8 x 5,6cm (volume 26,6cm³), comprometimento de órbita e maxila à esquerda. Devido às características exuberantes da lesão e à grande probabilidade de metástase, a equipe optou pela rinectomia total – incluindo osso nasal e esvaziamento cervical –, que ocorreu em novembro de 2024.

Do ponto de vista anestésico, a lesão facial extensa comprometia demasiadamente o acoplamento da máscara facial, dificultando a ventilação do paciente. Em avaliação pré-anestésica, realizada no mês anterior, não foram evidenciadas alterações laboratoriais que comprometessem o procedimento (hemoglobina 16,7g/dL, hematócrito 47,7%, plaquetas 416.000/mm³, tempo de atividade de protrombina [TAP] 100%, e creatinina 0,75mg/dL), porém foi advertida a classificação de Mallampatti III e a extensão cervical limitada – levantando a hipótese de intubação difícil.

Visando a reduzir os riscos e a aumentar as chances de ventilação e intubação efetiva, na ausência de um broncofibroscópio, foi providenciado um curativo oclusivo na região nasal para auxiliar o acoplamento da máscara. Também foram disponibilizados na sala cirúrgica: uma cânula de Guedel no 4, um Bougie, uma máscara laríngea no 4 e uma caixa de traqueostomia. Devidamente colocado em posição olfativa, com coxim interescapular e occipital, o paciente foi submetido à pré-oxigenação de 10 minutos, conforme mostra a Figura 1.

Remifentanil 50mcg/ml, em modo TCI, e propofol 10mg/ml, modo Fast-Marsh Efeito, com acompanhamento de acordo

com a responsividade do paciente, além de monitorização de Índice Bispectral (BIS), foram utilizados na indução anestésica com venosa total. Após queda do BIS <60, foi administrado o bloqueador neuromuscular (BNM) de escolha (rocurônio 50mg) e, caso fosse necessário, uma reversão imediata com sugamadex já disponível em sala. O acoplamento da máscara com o curativo oclusivo foi considerado satisfatório após a indução anestésica, facilitando a ventilação efetiva com o auxílio da cânula de Guedel. Por meio de capnografia positiva, foi certificado que o paciente era passível à ventilação, sendo, com isso, realizada desnitrogenação por mais 3 minutos.

A administração do rocurônio contribuiu para a melhora da extensão cervical, a realização de laringoscopia direta e a verificação de Cormack-Lehane b, optando por IOT com auxílio de Bougie, com tubo aramado 7,5mm sem intercorrências. Também foi realizada a fixação de tubo em mucosa oral pela equipe de cabeça e pescoço, como mostra a Figura 2, além de proteção ocular. Como adjuvantes, visando a otimizar a anestesia e pensando em analgesia pós-cirúrgica, foram administrados: lidocaína 60mg, escetamina 25mg, clonidina 75mcg e metadona 5mg, além de sintomáticos como: ondansetrona 8mg, dexametasona



Figura 1. Posicionamento em posição olfativa utilizando coxim interescapular e occipital pré-indução com monitor de Índice Bispectral (BIS).

Fonte: Acervo pessoal dos autores.



Figura 2. Paciente após IOT com fixação em mucosa oral após retirada de curativo oclusivo em região nasal.

Fonte: Acervo pessoal dos autores.

10mg para prevenção de náuseas e vômitos e cetoprofeno 100mg. Não foi administrado dipirona como sintomático pelo relato de alergia dito pelo paciente. No seguimento cirúrgico, ilustrado na Figura 3, não foram identificadas intercorrências, a extubação ocorreu em sala cirúrgica e o paciente teve despertar tranquilo.

Após 48h de observação em ambiente hospitalar, o paciente recebeu alta com acompanhamento ambulatorial. Vinte dias após a intervenção cirúrgica, foi identificado comprometimento de margem em ressecção profunda de corneto nasal pelo exame histopatológico, sendo necessário submeter o paciente a ampliação de margem. Após segunda abordagem cirúrgica que mostrou inflamação crônica e inespecífica, sem evidências de neoplasia, ele foi encaminhado à radioterapia, que não indicou adjuvância devido ao estadiamento da lesão, sendo mantido em tratamento conservador e encaminhado à confecção de prótese nasal.

DISCUSSÃO

O objetivo central deste relato de caso é expor as dificuldades e soluções, assim como o fluxograma
Rev Med Minas Gerais 2026; 36: e-36402



Figura 3. Pré-extubação, após realização de rinectomia total.

Fonte: Acervo pessoal dos autores.

desenvolvido, mesmo com dispositivos limitados, de uma abordagem de via aérea segura nos casos de lesões faciais exuberantes, a exemplo de um paciente submetido a uma rinectomia total. Os maiores desafios dos anestesiologistas que se deparam com situações como essa são as dificuldades para ventilação e os preditores que comprometem a intubação. Em circunstâncias como “não intubo-não ventila”, é essencial determinar, entre as ferramentas disponíveis, qual fluxo de drogas e de manejo são ideais para alcançar um bom desfecho anestésico e cirúrgico.

Em relação à técnica anestésica, a anestesia venosa total com uso de rocurônio foi considerada a mais indicada para o procedimento em questão, pois, por se tratar de um caso de difícil ventilação e intubação, o uso de drogas de rápida depuração, a exemplo do remifentanil e propofol, reduz o tempo de apnéia. A escolha do rocurônio como BNM se deu pela sua peculiaridade em possuir um reversor específico, o que torna ainda mais segura a indução e, quando necessário, o resgate ao paciente. Além de ser a técnica de escolha com despertar mais tranquilo, há menores chances de ocorrência de efeitos indesejados, como náuseas e vômitos pós-operatórios, em pacientes submetidos a cirurgias nasais em comparação à anestesia inalatória^{2,3}.

O número de casos de pacientes “não intuba-não ventila” é incerto, mas apresenta uma incidência de aproximadamente 0,01 a 0,07%⁴. Apesar da baixa incidência, os procedimentos realizados exigem um plano de ação conciso, pois, caso contrário, podem levar a desfechos catastróficos⁵.

Para o manejo da via aérea do paciente em questão, foi estabelecido um fluxograma entre a equipe anestésica e cirúrgica para o preparo da indução, considerando os recursos limitados disponíveis. A primeira medida, nesse caso, foi o posicionamento adequado do paciente em posição olfativa, com o intuito de alinhar os eixos oral, faríngeo e traqueal. Também foi feito um curativo oclusivo na lesão nasal, para permitir um melhor acoplamento da máscara e facilitar a ventilação via oral. Antes da indução anestésica, a pré-oxigenação foi considerada essencial, pois, além de prolongar o tempo de apneia segura, possibilitou que o fluxograma definido fosse posto em prática, sem a ocorrência de dessaturação significativa.

Ter fácil acesso a dispositivos para um possível resgate de via aérea foi outro ponto relevante, estando, durante esse procedimento, disponíveis a cânula de Guedel, para otimizar a ventilação com a máscara, e a máscara laríngea nº 4, caso não fosse possível a ventilação mesmo com curativo. Após verificação de ventilação bem-sucedida, foram realizados mais 3 minutos de desnitrogenação.

Conforme mencionado, o fluxograma para obter uma via aérea definitiva foi estabelecido juntamente com a equipe de cabeça e pescoço, considerando a realização de laringoscopia direta e a melhora de extensão cervical após o BNM. Em caso de falha da laringoscopia direta, uma visualização de via aérea com videolaringoscópio seria realizada, no intuito de melhorar a visualização glótica e de reduzir possíveis falhas. Além disso, o Bougie estaria disponível como guia. A equipe cirúrgica também se manteve em prontidão, contando com material de traqueostomia em sala, pois, por se tratar de um paciente que “não ventila-não intuba”, esse é o último recurso para via aérea definitiva. Segundo os protocolos mais atuais⁷, isso evita cenários catastróficos de hipoxemia severa, dano cerebral ou, até mesmo, morte do paciente.

CONCLUSÃO

Apesar de a rinectomia total ser um caso pouco explorado na literatura médica, é possível direcionar as medidas utilizadas neste relato de caso a casos de lesões de face que identifiquem previamente a possibilidade de “não ventilação-não intubação” do paciente. A abordagem anestésica, como venosa total e uso de rocurônio, mostrou-se uma alternativa mais segura para esses casos, devido ao rápido tempo de depuração e à reversão completa do BNM, com uso de sugamadex, além de proporcionar um despertar mais tranquilo e reduzir riscos de efeitos indesejados, como náuseas e vômitos, pós-operatórios.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo: *Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização & Escrita – análise e edição*: KR Pasolini; SF Xavier. *Administração do Projeto, Supervisão & Escrita – rascunho original*: KR Pasolini; SF Xavier. *Recursos & Aquisição de Financiamento*: KR Pasolini; SF Xavier. *Curadoria de Dados & Análise Formal*: KR Pasolini; SF Xavier.

COPYRIGHT

Copyright© 2025 Pasolini e Xavier. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

REFERÊNCIAS

1. Girardi FM, Hauth LA, Abentroth AL. Total rhinectomy for nasal carcinomas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020;86(6):763-6.
2. Sagalow ES, Briggs K, Salisbury S, Shah AB, Perozo A, Choo D, et al. Recovery benefit with total intravenous anesthesia in patients receiving rhinoplasty. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023;169(3):489-95.
3. Jo J-Y, Hong Y-W, Lee J-J, Lee SH, Kim H-S, Kim K-R, et al. Effect of total intravenous anesthesia vs volatile induction with maintenance anesthesia on emergence agitation after nasal surgery. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;145(2):117-23.
4. Crosby ET. The unanticipated difficult airway – evolving strategies for successful salvage. *Can J Anesth*. 2005;52(6):562-7.
5. Xu Z, Sun S, Fan Y, Chen Y, Gao Z, Jiang H. Anticipated and unanticipated difficult airway management. *Curr Opin Anesthesiol*. 2018;31(1):96-103.
6. Lewis SR, Bagshaw PF, Healey J, Wilkinson K, Smith AF. Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation: a Cochrane Systematic Review. *Br J Anaesth*. 2017;119(3):369-83.
7. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, Blouin CD, Dong J, Faith T, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31-81.

